

Dr. VERONESI Vanni

Sito web [www.vanniveronesi.com](http://www.vanniveronesi.com)

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 3: autorizzazione per la comunicazione e la trasmissione della SECOND OPINION

**AUTORIZZAZIONE PER LA COMUNICAZIONE E LA TRASMISSIONE  
DEI REFERTI DELLA SECOND OPINION**

*Si informa che tutti i campi devono essere compilati correttamente per consentire la presa in carico della richiesta.  
Si prega di inserire ND qualora l'informazione richiesta non sia disponibile.*

**Dati del paziente**

\_\_\_\_\_  
[Nome e Cognome]

**Indirizzo:**

\_\_\_\_\_  
[Via/Viale/Piazza]

\_\_\_\_\_  
[CAP]

\_\_\_\_\_  
[Città]

\_\_\_\_\_  
[Provincia]

**Data di nascita:** \_\_\_\_\_

Il **paziente** autorizza il Dr. Veronesi Vanni a comunicare le informazioni cliniche relative alla Second Opinion a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Il **paziente** autorizza il Dr. Veronesi Vanni a rilasciare il referto relativo alla Second Opinion a:

a se stesso       ad altri

L'invio del referto relativo alla Second Opinion richiesta sarà effettuato tramite (*selezionare la modalità di preferenza*):

\_e-Mail al seguente indirizzo

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\_Fax al seguente numero:

\_\_\_\_\_

Il paziente intestatario della documentazione clinica dichiara di essere consapevole che:

- Senza la data e la sua firma, il presente modulo di autorizzazione non ha alcuna validità.
- Il presente modulo di autorizzazione ha validità di un anno dalla data della firma, a meno che non venga revocato o fatto scadere entro la data di seguito indicata: \_\_\_\_\_.
- Il Paziente può revocare l'autorizzazione per iscritto via e-Mail all'indirizzo: [veronesi.secondopinion@gmail.com](mailto:veronesi.secondopinion@gmail.com), allegando il modulo di autorizzazione originariamente firmato.
- Il referto potrebbe contenere informazioni clinicamente rilevanti.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_